

# Formulario de afiliación al Plan Rx de Missouri (MoRx)

**Usted debe vivir en Missouri y estar afiliado a un Plan de medicamentos de receta de Medicare Parte D** para obtener los beneficios del Plan MoRx.

No envíe este formulario si Medicaid de Missouri o algún plan patrocinado por su patrón paga por sus medicamentos de receta.

## I. Información personal:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nº de SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nº de reclamación de MEDICARE: \_\_\_\_\_  
(Número de Seguro Social) (El número de su tarjeta roja, blanca y azul de seguro médico de Medicare)

Nombre de su plan de medicamentos de receta de Medicare Parte D: \_\_\_\_\_

Dirección de su casa: \_\_\_\_\_ Nº de apartamento o lote: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Dirección postal: (Sólo si quiere que le envíen su correo a otra dirección)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nº de apartamento o lote: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## II. Raza o grupo étnico (marque todo lo aplicable):

Blanco  Afroamericano  Hispano  Asiático  Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico  Amerindio o Nativo de Alaska

## III. Marque la ÚNICA casilla que describa mejor sus ingresos. Información obligatoria para los requisitos de afiliación de MoRx.

Soltero, viudo, divorciado o vivo separado de mi cónyuge y:

- Mis ingresos brutos anuales son menos de \$14,700\*  
 Mis ingresos brutos anuales son entre \$14,700 y \$19,600

Casado y:

- Nuestros ingresos brutos anuales son menos de \$19,800\*  
 Nuestros ingresos brutos anuales son entre \$19,800 y \$26,400

## IV. Marque la ÚNICA casilla que describa mejor sus BIENES EN EFECTIVO. Los bienes en efectivo incluyen el valor total de sus ahorros, inversiones y propiedades. No incluya su residencia principal, vehículos, lotes en cementerios o posesiones personales. Estos datos se usan con fines informativos. Estos no afectan su elegibilidad para MoRx.

Soltero, viudo, divorciado o vivo separado de mi cónyuge y:

- Mis bienes suman \$11,500 o menos\*  
 Mis bienes son más de \$11,500

Casado y:

- Nuestros activos son \$23,000 o menos\*  
 Nuestros activos son más de \$23,000

\*Es posible que usted pueda recibir ayuda adicional con los costos de Medicare Parte D. Usted puede solicitar la ayuda adicional a Social Security Administration (Administración del Seguro Social). Si aún no lo ha hecho, llame a SSA al 1-800-772-1213 y pida una solicitud para ayuda adicional.

## V. Firme y escriba la fecha

**Su formulario de afiliación no estará completo si no lo firma. Si no puede firmarlo usted, puede firmarlo un representante suyo.**

Certifico y afirmo que las respuestas a las preguntas de este formulario, los datos del formulario y la documentación pedida y presentada son verdaderos y exactos. Entiendo que el Plan MoRx puede verificar todo lo que he escrito contra otros expedientes del gobierno o pedir otras pruebas en cualquier otro momento.

Firme: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marque la casilla apropiada:  Solicitante  Representante

Debe adjuntar una **COPIA** de 1) su tarjeta de seguro médico de Medicare, 2) su tarjeta del Seguro Social y 3) prueba de su residencia en Missouri. Visite nuestro sitio web para más información sobre estos documentos requeridos. **Mande por correo a: MoRx Plan, PO Box 208, Troy, MO 63379**